UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"LOS RECURSOS INSTITUCIONALES EN SALUD"

AUTOR
DR CESAR NUÑEZ BERNAL

AREQUIPA 2020

Título: LOS RECURSOS INSTITUCIONALES EN SALUD

Autor: **Cesar Nuñez Bernal**

Editor:
Cesar Nuñez Bernal
Recoleta 215 – Yanahuara - Arequipa

1a. edición – enero 2020

Depósito Legal N° 2025-08237

I. INTRODUCCIÓN.

En el sector salud se está en la búsqueda de un nuevo modelo organizativo que permita un uso eficiente de los escasos recursos y una mejor focalización hacia la población más necesitada otorgando prioridad a la atención primaria, sin descuidar los niveles de mayor complejidad en la prestación de servicios.

El sistema de salud actual está fragmentado y desarticulado, con cuatro subsistemas que interactúan débilmente entre sí: el Ministerio de Salud (MINSA), la Seguridad Social de Salud (ESSALUD), las Sanidades de las Fuerzas Armadas

(FFAA) y Policiales (FFPP), y el sector privado. Esta situación condiciona que un gran número de personas no tengan acceso a los servicios de salud pese a la existencia de gran capacidad ociosa. Es preciso, por ello, articular estos cuatro subsistemas, concentrando sus mayores acciones en la salud preventiva y de primer nivel.

Los proyectos de construcción y equipamiento en el MINSA, ESSALUD, Sanidades de las FFAA y FFPP, FONCODES, CTARs y sector privado, han tenido origen en decisiones autónomas sin el necesario análisis sectorial, lo que ha ocasionado infraestructura redundante, duplicación del gasto de inversión en una misma área geográfica, y servicios subutilizados. En esta situación de recursos fiscales restringidos, es preciso racionalizarlos para gastos de capital mediante un Plan Sectorial de Inversión en Salud.

También es preciso establecer mecanismos de intercambio de servicios médicos y asociados, con el uso de

medicamentos incluidos en un petitorio nacional. Para ello, se requiere definir una política de tarifas -sobre la base de una estructura de costos real-, así como del establecimiento de los mecanismos normativos y técnicos necesarios, fijar estándares de enfermedades, procedimientos, identificación personal, etc.

Con el intercambio de prestaciones y un plan conjunto de inversiones, se consigue la racionalización del gasto y una ampliación en la cobertura de la atención, más no la calidad ni el ejercicio del derecho de toda persona a escoger libremente el lugar de atención. Para ello, se requiere una mayor especialización y competencia dentro del sistema, en otras palabras, una separación clara de funciones, de regulación, financiamiento y provisión de servicios.

Para hacer viable lo señalado, mediante Resolución Suprema Nº166-2001-EF, se conformó una Comisión Técnica Multisectorial de Salud (CTMS) con un plazo de 180 días a partir del 9 de marzo

del 2001, adscrita al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), para cumplir los siguientes objetivos:

- Elaborar un Plan Conjunto de Inversiones 2001 – 2006 entre el MINSA, ESSALUD y las FFAA y FFPP.

- Formular las bases técnicas para el intercambio de servicios de salud y otros asociados, así como la racionalización del gasto corriente de estas instituciones.

- Diseñar las estrategias de Separación de funciones de Prestación, Financiamiento y Regulación.

CAPITULO I

I. DIAGNÓSTICO.

La realidad de la salud en el nivel local y regional debería entenderse dentro de un contexto global, es decir como parte de un todo con el cual está íntimamente relacionada tanto dentro del mismo ámbito de salud –somos parte de un sistema nacional de salud- como en relación con otros campos como por ejemplo el económico, el social, el cultural, etc.

Recordemos que no se puede desligar lo local y regional del contexto internacional.

Sin embargo, el enfoque por país no es suficiente. Muchas de las desigualdades en salud en la región están basadas en la geografía, el origen étnico, el género y el estatus socioeconómico, por lo que no pueden resolverse sólo con el crecimiento económico agregado sino con intervenciones que las reduzcan. Los resultados de las investigaciones muestran que, en la reducción de la pobreza, tienen gran impacto incluso pequeñas reducciones en las desigualdades. Esto exige políticas y acciones dirigidas a las regiones rurales olvidadas y a los grupos urbanos marginados, como los jóvenes desempleados y las madres solteras.

En toda la región se pueden encontrar ejemplos para hacer frente a estos desafíos. Pero llevarlos a otra escala únicamente puede lograrse con más ayuda. Un reciente documento de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que aun en el contexto de

un crecimiento económico más acelerado, muchos países lograrán alcanzar los objetivos de alimentación y salud sólo a través de iniciativas con financiamiento especial para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud y de nutrición.

Y al destacar a la salud como un factor determinante para el desarrollo se tienden puentes entre los defensores de la salud pública y los ministerios de economía y finanzas. En términos de políticas y financiamiento, pueden ayudar a que se incluya a la salud en el temario de estrategias de desarrollo socioeconómico, así como en proyectos y negociaciones de préstamos con los donantes.

A pesar que los principales indicadores sanitarios han evolucionado favorablemente (mortalidad materna ha disminuido de 265 a 185 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad infantil de 43 a 33 por mil, según las Encuestas Demográfica y de Salud Familiar de 1996 y 2000, respectivamente), existe clara evidencia que no sólo persisten muchos

problemas de salud, sino que se podrían haber agravado en los últimos años. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del 2000 informó que un 28,9% de los entrevistados declaró haber padecido alguna enfermedad o accidente en los 3 meses previos, cuando en 1998 fue un 26,0%.

El Perú es un país en plena transición demográfica y con un perfil de acumulación epidemiológica. A una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, se suma una creciente importancia de enfermedades crónicas, degenerativas y de causas externas. El deterioro de la salud se concentra sobre todo en los grupos materno infantil, en las familias de menores ingresos y recientemente en las poblaciones dispersas, indígenas y de la tercera edad.

Esta situación de la salud, sumamente insatisfactoria y crítica, es producto de las grandes diferencias sociales, económicas y culturales de la población. Entre los factores económicos destacan los bajos salarios, el desempleo y el subempleo,

agravados por la aguda recesión de los últimos años. Entre los educativos el analfabetismo, falta de contenidos de salud en los programas educativos, la elevada deserción escolar y la reducida matrícula de niñas en el ámbito rural. En alimentación y nutrición son cruciales la desnutrición, los malos hábitos alimenticios e insatisfactorias condiciones de higiene durante la preparación y consumo de los alimentos. En el entorno físico y ambiental son decisivos las redes de saneamiento, el tratamiento de desechos y de agua potable y las condiciones de la vivienda.

PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIONES INFORMADAS

DIRECCIÓN DE SALUD DE PUNO - AÑO 2001

		TOTAL		CULINO		ENINO		)RADO	
	)E CAUSAS								
		6.484	100,0	3.362	00,0	3.119	100,0	3	100,0
1	[gripe] y neumonía (J10-J18)	906	14,0	462	13,7	443	14,2	1	33,3
2	cia renal (N17-N19)	501	7,7	223	6,6	278	8,9		
3	e intención no determinada (Y10-Y34)	355	5,5	241	7,2	114	3,7		
4	nas de enfermedad del corazón (I30-	350	5,4	181	5,4	168	5,4	1	33,3
5	ón (E40-E46)	311	4,8	125	3,7	186	6,0		
6	ermedades bacterianas (A30-A49)	293	4,5	143	4,3	150	4,8		
7	s respiratorios y cardiovasculares s del período perinatal (P20-P	207	3,2	113	3,4	94	3,0		
8	y signos generales (R50-R69)	204	3,1	91	2,7	113	3,6		

9)	malignos de los órganos digestivo	199	3,1	62	1,8	137	4,4		
10	rmedades de los intestinos (K55-K63)	189	2,9	125	3,7	63	2,0	1	33,3
	s causas	2.969	45,8	1.596	47,5	1.37	44,0	0	
Informe Estadístico de Defunción									

Esta compleja situación, además, es agravada por la presencia de tres factores adicionales:

1. El gasto en salud en el Perú se encuentra en 4,4% del PBI, mientras que en Colombia está alrededor del 6% y en Argentina y Chile bordean el 7%.

2. Existencia de capacidades Ociosas en los sectores: Un caso ilustrativo es el de la ciudad de Iquitos, en donde existen 9 Hospitales: 2 del MINSA, 1 de ESSALUD (antes de la Sanidad Naval), 1 de la Sanidad Militar, 1 de la FAP y 1 nuevo de la Sanidad Naval, además de 3 clínicas privadas (2 generales y 1 materno infantil), y Policlínicos de la Policía Nacional y ESSALUD.

3. Presencia de una inequidad poblacional en la atención de salud: Un 25% de personas no tiene un acceso contínuo a

los servicos de salud individual, según estimación de últimas ENAHO. Además, se aprecia una falta de atención en poblaciones dispersas (por ejemplo, aquella que se encuentran en los márgenes de los ríos cercanos a la ciudad de Iquitos).

4. Presencia de una inequidad institucional en la atención de salud: existencia de subsidios cruzados en desmedro del Ministerio de Salud. Según la ENAHO del 4º trimestre del 2000, un 14,2% de la población asegurada en ESSALUD, 17,0% de FFAA y FFPP, y un 67% de seguros privados, se atienden en servicios del MINSA, por los cuales no existe ningún reembolso.

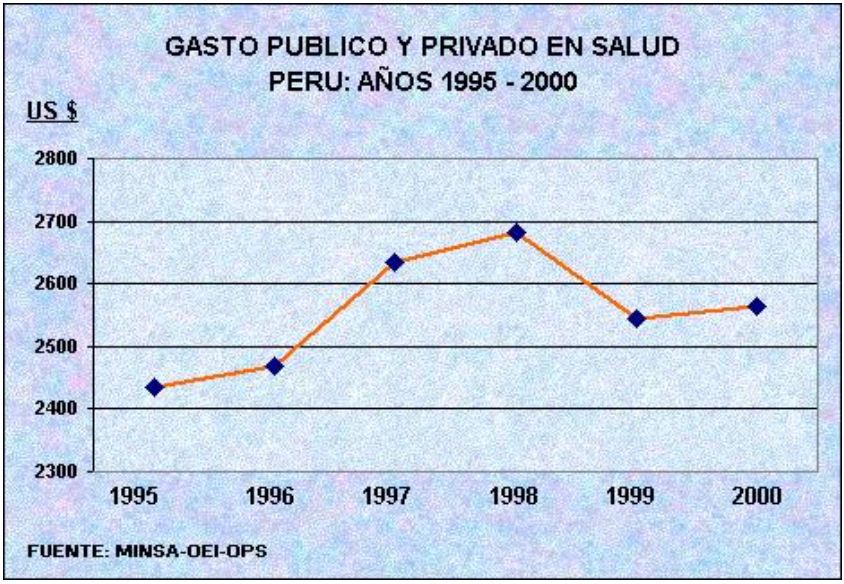
III. NECESIDAD DE REFORMAS SANITARIAS DE SEGUNDA GENERACIÓN.

Los subsistemas de salud actúan como compartimentos estancos, haciendo integración vertical de las funciones básicas en el cuidado de la salud

(regulación, financiamiento y provisión), impidiendo el desarrollo de mercados en donde el usuario pueda ejercer libremente su capacidad de elección y, en consecuencia, permitir la orientación de la oferta de servicios hacia la demanda existente.

Lastimosamente en nuestro país no se cuenta con Políticas Gubernamentales que conlleven al cuidado y conservación del medio ambiente, creándose una brecha entre los países no industrializados y los que lo son, mientras que en la industrializados los problemas de salud derivan del desorden medio ambiental en nuestro país aparecen estos desórdenes, pero también subsisten los derivados de la pobreza de tal manera que nuestro país aqueja una doble amenaza los problemas sanitarios derivados del medio ambiente y los de la pobreza y desarrollo social.

III.1 Inversiones en Salud



La producción de servicios de salud se realiza en infraestructura que evidencia altos costos de inversión por las particularidades propias de su diseño, especialización de su uso, equipamiento e instalaciones, con marcadas limitaciones para su mantenimiento y reposición. Los nuevos proyectos de construcción y equipamiento, en el MINSA, ESSALUD, las Sanidades de las FFAA y FFPP y demás instituciones del sector, tiene

origen en decisiones autónomas, y sin observar el rigor de un análisis económico integral del balance de la oferta y la demanda en las distintas localidades del país, provocando en muchos casos la multiplicación de gastos, la existencia de infraestructura ociosa y servicios de poca demanda. En el próximo quinquenio, la marcada restricción fiscal obligará a racionalizar los recursos destinados a inversiones en salud.

Mediante la formulación de un Plan Sectorial de Inversiones, se debe identificar la necesidad de mejoramiento de la infraestructura y la renovación del equipamiento, sobre la base del análisis de las brechas existentes producto del balance sectorial de la capacidad de oferta de servicios y la necesidad y demanda medida, basándose en criterios epidemiológicos.

III.2. Intercambio de Servicios.

Existen muchas zonas (ciudades principales, intermedias, y centros poblados) donde no hay infraestructura

sanitaria alguna (MINSA, ESSALUD o Sanidades de las FFAA y FFPP). Además, hay otras zonas donde sólo esta presente una institución, generalmente el MINSA, originándose los subsidios cruzados, pues los cotizantes de ESSALUD o de las Sanidades que, ante la ausencia de su entidad aseguradora, concurren a los servicios del MINSA, se benefician de los recursos públicos destinados a las familias pobres. Ni ESSALUD ni las Sanidades reembolsan al MINSA por estas prestaciones.

Entonces, es preciso también establecer mecanismos de prestación y de intercambio de servicios médicos y asociados, que permitan a una persona recibir la atención de salud requerida en el servicio de salud de su preferencia, independientemente de su filiación institucional. Se trata de definir esquemas de atención individual y colectiva, más o menos estándares, con una estructura de costos y una política de tarifas de las distintas prestaciones, que facilite los reembolsos interinstitucionales.

A fin de maximizar la actual capacidad instalada para la producción de servicios de salud del MINSA, ESSALUD y la Sanidad de las FFAA y FFPP, se debe proveer los mecanismos normativos y técnicos que permitan un intercambio ágil de servicios entre estas instituciones, garantizando la calidad de la atención a brindar, y que cada institución pueda obtener un reembolso por los servicios que presta a pacientes que no son de su responsabilidad financiera.

III.3. Separación de Funciones

Con el intercambio de prestaciones y el plan conjunto de inversiones, se consigue una ampliación en la cobertura de la atención, sin embargo, la calidad de la misma no está necesariamente asegurada. En la gran mayoría de los casos, en particular donde hay un solo proveedor, no será posible garantizar servicios de una calidad aceptable, sin mediar otros mecanismos complementarios. La implantación de un sistema de auditorías médicas y de un control de garantía de calidad de los servicios, por el lado de la oferta de servicios; y el fomento del

empoderamiento, control y vigilancia social, la aplicación de encuestas de opinión, por parte de la demanda de los usuarios, son algunos de estos mecanismos.

Si una institución provee y al mismo tiempo financia las atenciones, no existe ningún incentivo para que tal institución introduzca mejoras en la calidad de su servicio. Para ello, es necesario que haya una separación clara de las funciones de provisión y financiamiento de las prestaciones de salud. Al separarlas, el usuario, cuando ejerce su elección, obliga al proveedor a implementar acciones que aseguren una atención de calidad suficiente para retenerlo y poder recibir el financiamiento correspondiente por las prestaciones realizadas.

La separación profunda de funciones de Rectoría, Financiamiento y Provisión es el criterio principal para el ordenamiento y generación de mercados dentro del sistema. Aplicando este criterio, la referencia ideal es un único órgano

conductor (MINSA), un único administrador del financiamiento de la salud, así como muchos prestadores, articulados en redes a lo largo de todo el territorio nacional. Asimismo, el sistema debe conferir, a los asegurados, amplia capacidad de elección del proveedor de servicios y la obligación a los agentes de gobierno, financiamiento y provisión, de rendir cuentas a la ciudadanía.

CAPITULO II

I LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS REFORMAS SANITARIAS

La implementación de estas tres reformas no pueden conseguirse en el mismo tiempo debido a las implicancias organizativas y político-administrativas que suponen cada una de ellas. Por ello, es recomendable que en el corto plazo, el sistema de salud actual se transforme en un Sistema Nacional de Servicios Coordinados de Salud (SNSCS),

organizado sobre la base de un plan sectorial de inversiones y la ejecución de intercambio de servicios entre los cuatro subsistemas del sector salud. En tanto, a mediano plazo se instalará la separación de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios en todas las instituciones integrantes del sistema. Durante la transición en el que operará el SNSCS, se desarrollarán las bases técnico legales y se instalarán los arreglos institucionales requeridos.

IV.1 Sistema Nacional de Servicios Coordinados de Salud Coordinados.

Estará integrada por el MINSA, ESSALUD y las Sanidades de las FF.AA (Militar, Naval, Aeronáutica y Policial), donde cada institución mantendrá su autonomía, legalidad y misión. Estará organizada piramidalmente sobre la base de redes con establecimientos de los niveles I, II, III y IV de prestación de servicios. Se definirá infraestructura, recursos humanos y técnicos, asignación presupuestal, calidad de gestión, funciones y actividades coordinadas para cada nivel de atención.

Habrá una relación estrecha entre los distintos niveles de atención dentro de las redes, para asegurar referencia y contrarreferencia de pacientes. El financiamiento se asignará, como hasta la fecha, a través de presupuestos institucionales en la cual los recursos financian la oferta de servicios de salud, independientemente del nivel de demanda existente

Organizativamente, los servicios tendrán responsabilidades claramente diferenciadas por niveles:

- Nivel Central: responsabilidad técnico-normativa nacional y de asesoramiento y asistencia a niveles regionales.
Además, ejecutores de programas y proyectos nacionales.

- Nivel Regional: responsabilidad técnico-normativa nacional y de asesoramiento y asistencia a niveles locales.
Además, ejecutores de programas y proyectos regionales.

- Nivel Local: responsabilidad ejecutora de acciones de salud.

IV.2.Separación de Funciones

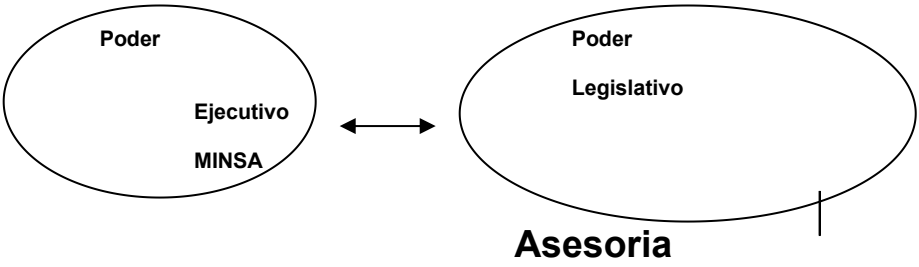
Paralelamente se iniciará el proceso de separación de las tres funciones básicas: Gobierno, Financiamiento y Provisión de Servicios. Al separar estas funciones, también se diferencia un conjunto de responsabilidades sanitarias. De este modo, a cada una le corresponde las siguientes responsabilidades:

GOBIERNO	FINANCIAMIENTO	PROVISIÓN
- Formulación de Políticas - Estimación de costos y tarifas referenciales - Acreditación de servicios - Seguimiento-evaluación - Auditoria médica - Vigilancia epidemiológica - Identificación de usuarios	- Administración de fondos - Compra de servicios - Auditoria contable	- Provisión de servicios de salud (pública e individual) - Venta de servicios - Capacitación

A. Lineamientos para la función de Gobierno

El MINSA debe ser la institución responsable del gobierno del sector salud. Para ello, contará con la Asesoría de una

Comisión Consultiva de Salud, integrada por representantes de los usuarios, de la Administradora de Fondos (ver más adelante), de los Colegios Profesionales y de las Instituciones formadoras de recursos humanos en salud.



El MINSA tendrá iniciativas legislativas propias y participará, además, en la elaboración de aquellas que el Congreso considere conveniente.

B. Lineamientos para la función de Financiamiento

Se diseñarán Planes de Salud en función de los perfiles epidemiológicos regionales: un Plan Garantizado de Salud que cubrirá el 80% de patologías más frecuentes del

perfil y Planes Complementarios que cubrirán el 20% restante.
El plan garantizado comprenderá servicios de salud pública e individual, en tanto que los complementarios comprenderán servicios de salud individual, que incluirán las enfermedades catastróficas.

PLAN GARANTIZADO DE SALUD	**PLAN COMPLEMENTARIO**
• 80% más frecuente del perfil epidemiológico. • Acceso Universal. • Incluye la mayoría de enfermedades infecciosas, enfermedades del grupo materno infantil, principales crónica degenerativas, accidentes y traumatismos	. 20% perfil menos frecuente. . Acceso opcional. .Incluye enfermedades catastróficas.
SERVICIOS DE SALUD PUBLICA	**SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL**

.
Se establecerá el Aseguramiento Universal para financiar el Plan Garantizado, el cual tendrá un mismo costo, independientemente de la fuente de financiamiento. Las familias ejercerán su derecho de acceso al Plan Garantizado, inscribiéndose a uno de los distintos regímenes de aseguramiento universal: solidario, contributivo y potestativo. El

aseguramiento será opcional para los planes complementarios.

Los recursos presupuestales (MINSA y Sanidades) y las cotizaciones a ESSALUD constituirán Fondos de Salud para financiar la demanda ejercida por los usuarios. Se formarán dos Fondos: uno de Salud Pública y otro de Salud Individual. El primero será financiado sólo por el tesoro público (régimen subsidiado), y el segundo por éste y las cotizaciones obligatorias (régimen contributivo) y voluntarias (régimen potestativo).

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA			SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL
PLAN GARANTIZADO DE SALUD			PLAN COMPLEMENTARIO
RÉGIMEN SUBSIDIADO (POBRES)	1	1	1
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	1	2	3
RÉGIMEN POTESTATIVO	1	3	3

1.Tesoro Público
2.-Empresas
3.-Familias

Se creará una entidad autónoma, denominada Administradora de Fondos de Salud (AFOSA), el cual manejará los

recursos del Plan Garantizado de Salud. Los recursos de los planes complementarios podrán ser administrados porla AFOSA o por entidades especializadas en reaseguros.

Los recursos que financian la Salud Pública (tesoro público) serán administrados por la AFOSA. En cuanto a la salud individual, el tesoro público financiará los planes garantizado y complementario de las familias pobres (apropiadamente identificados), siendo administrados por la AFOSA y compañías de reaseguros, respectivamente.

Las cotizaciones de las familias no pobres (obligatorias o voluntarias) financiarán al menos el plan garantizado, los que serán administrados por la AFOSA. La cobertura de los planes complementarios dependerá de aportes adicionales, los que serán administrados por la AFOSA o compañías de reaseguros.

Además de la atención de la salud regular tratada, se ampliará el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

para afrontar la seguridad y enfermedades laborales, esto es, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

C. Lineamientos para la función de Provisión

Los establecimientos de salud del MINSA ya no tendrán vínculo formal con él. Lo mismo ocurriría con ESSALUD si fuera designada como la AFOSA. Se constituirán Redes de Salud integradas por hospitales locales y centros y puestos de salud. Estas redes podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los hospitales departamentales, nacionales y especializados podrán ser referencia para cualquiera de estas redes.

Las familias seleccionarán libremente, cada año, la Red que les brindará cobertura para el Plan Garantizado de Salud. Los establecimientos de salud, al no recibir financiamiento presupuestario, cobrarán por los servicios prestados, de acuerdo a un tarifario aprobado por el MINSA (entidad de gobierno) o de acuerdo a contratos específicos. El

usuario cubrirá la tarifa haciendo uso de los recursos de su seguro (subsidiado, contributivo o potestativo). Si no pertenece a uno de estos tres regímenes, tendrá que pagar directamente la tarifa establecida.

Las redes celebrarán contratos anuales con la AFOSA para brindar los servicios del Plan Garantizado de Salud para la población voluntariamente adscrita. Previo a la celebración del contrato o a su renovación, el MINSA (entidad de gobierno) verificará la acreditación de los servicios. Las compañías de reaseguros podrán celebrar contratos con las redes para cubrir parcial o totalmente los planes complementarios de salud. En el caso de los eventos catastróficos los servicios podrían ser obtenidos en el extranjero.

El Plan Garantizado de Salud en la Redes, será cubierto por una asignación per cápita. La cobertura en los Hospitales departamentales, nacionales o especializados se pagará por diagnóstico resuelto, según un tarifario oficial aprobado por el MINSA (entidad de gobierno). Los eventos catastróficos se

pagarán por prestaciones realizadas, en tanto que los demás eventos de los planes complementarios se pagarán por diagnóstico resuelto, respecto a un tarifario oficial aprobado por el MINSA

El esquema siguiente:

PLAN GARANTIZADO DE SALUD										PLANES COMPLEMENTARIOS		
REDES DE SERVICIOS 1ER Y 2DO NIVEL					HOSPITALES 3ER Y 4TO NIVEL (AUTONOMO vs CONSORCIO)					REDES DE SERVICIOS	HOSPITALES	EXTRANJERO
MINSA	ESSALUD	SANIDAD FFPP	SANIDAD FFAA	EPS Y PRIVADO	MINSA	ESSALUD	SANIDAD FFPP	SANIDAD FFAA	EPS Y PRIVADO			

V. ACCIONES INMEDIATAS

Para hacer efectiva estas reformas en salud, es preciso dar curso inmediato a lo siguiente:

1. Concluir el trabajo de la Comisión Técnica Multisectorial de Salud, que permita completar los siguientes productos:

- Definir propuestas para la racionalización del gasto corriente.
- Preparación del plan conjunto de inversiones 2002.
- Detallar de la propuesta para la separación de funciones y estrategia de instrumentación.
- Analizar las prestaciones económicas del régimen de salud general (asegurados regulares, potestativos y subsidiados).
- Analizar el tratamiento de la salud ocupacional y las enfermedades profesionales (prestaciones de salud y
- económicas) a través de un aseguramiento especializado.

2. Establecer las bases de información para el intercambio de servicios:

- Adoptar el DNI como documento de identificación único para los peruanos a partir de los 6 años de edad.
- Adoptar el Catálogo de Servicios desarrollado por el MINSA con la codificación tomada de la Terminología de Procedimientos Actualizada CPT.
- Generalizar el uso del Código Internacional de Enfermedades CIE10, como clasificador de enfermedades.
- Elaborar un tarifario común de referencia, sobre la base de estudios de costos reales con metodologías similares.
- Establecer Centros de Costos en todos los establecimientos de salud.

3. Establecer una Comisión Permanente de Intercambio de Servicios, con

participación del Sector Privado, para mantener actualizados los clasificadores, códigos y tarifario.

4. Organizar los establecimientos de salud en redes que comprendan todos los niveles de complejidad, donde los usuarios tengan capacidad de libre elección y adscripción.

5. Proponer la firma de convenios interinstitucionales de intercambio de servicios.

6. Iniciar el desarrollo del Sistema Nacional de Servicios Coordinados de Salud a partir de dos zonas Piloto, en Tumbes-Piura y Moquegua-Tacna.

CAPITULO III

I. COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU.

A: COSTO PROMEDIO DEL SEGURO PRIVADO (US $ AL MES)

B: POBLACIÓN CON SEGURO PRIVADO (%)

C: PORCENTAJE CUBIERTO POR SERVICIOS PÚBLICOS

(*) CUBIERTOS POR SEGURO SOCIAL/SEGURO OBLIGATORIO O ESTATAL/ OBRAS SOCIALES.

	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA
A	25	42	66.3	54	99
B	7.3	12	23.3	18.6	-
C	33 % (*)	77	81	54	87.5 (*)

	ECUADOR	EEUU	MEXICO	PERU	URUGUAY	VENEZUELA
A	25	325	103	40	26	32.5
B	2	71	17.8	3	42.5	11.2
C	11.91 (*)	26.7(*)	55.5	55.1	39.3	38.4 (*)

FUENTE: OPS, ISAPRES CHILE, IESS ECUADOR, IPA ISALUD ARGENTINA, IBGE BRASIL, COLSANITAS, DANE, DNP COLOMBIA, DIARIOS GDA

Publicado en el diario El Comercio de Lima, Perú, el 25 de Setiembre del 2,002 Recursos Humanos

El recurso humano constituye, en la actualidad, el activo más valioso con que cuenta una organización. La tecnología, los materiales, hasta el capital financiero – todos ellos recursos organizacionales- no son importantes por sí mismos sin la intervención humana. Sin embargo en salud pareciera no resultar tan valioso, a decir por el énfasis de las inversiones y reformas ocurridas en las últimas décadas. En efecto, son evidentes los problemas relativos a los recursos humanos en salud: no hay suficientes profesionales que brinden atención primaria, y en cambio existen demasiados especialistas; el personal se concentra en las zonas urbanas; se ha descuidado relativamente la formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud; se subvenciona el perfeccionamiento de los médicos, aunque éstos perciban ingresos elevados y muchos trabajen en el sector privado.

Las actuales inversiones en salud resultarán ineficientes y de poco impacto,

si no consideran concomitantemente el diseño e implementación de una política de desarrollo de recursos humanos, que considere intervenciones que solucionen estos problemas. Y así lo han entendido la mayoría de los gobiernos en latinoamérica, que han empezando a intervenir en esta materia: mejorando las políticas salariales y de empleo del sector público, para que las remuneraciones sean más competitivas y ligadas al desempeño; creando programas de capacitación en servicio con objeto de conservar al personal, especialmente al que ocupa cargos directivos; aplicando políticas de convalidación de estudios y acreditación; adecuando los planes de estudios y estableciendo requisitos mínimos para los profesionales sanitarios; implantando políticas de financiamiento de la educación que promueva la atención primaria, salud pública y política y gestión sanitarias, antes que la especialización médica.

I. Un aspecto crítico a considerar, como en todos los casos relacionados con introducción de reformas, es la

implementación de una estrategia institucional que permita estimar permanentemente la situación de los recursos humanos. Esta estrategia está asociada, en el caso peruano, con la incorporación del área recursos humanos en el Análisis de Situación de Salud, que el MINSA viene instalando descentralizadamente en todas sus unidades de gestión. Sin embargo, dada las particularidades del mercado laboral de la salud –distintas fuentes de financiamiento y de provisión, autonomía relativa de la seguridad social y de las instituciones formadoras de recursos humanos, coexistencia de distintos regímenes laborales, etc- este esfuerzo no debe restringirse únicamente a una institución del sector. En este sentido se inscribe la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos impulsada por la Organización Panamericana de la Salud.

1 Cobertura del sector salud

Se sospechaba que debido a la prioridad sectorial de ampliar la cobertura de los servicios de salud, éstos se habían ampliado no sólo en número sino que se

habían distribuido a nuevas áreas geográficas que antes no contaban con ellos.

En efecto, el número de establecimientos de salud en 1992 era de 3,924 en tanto que en 1996 era de 7,326. Sin embargo, lo más relevante es que los nuevos establecimientos ocuparon también nuevos distritos. Mientras que en 1992 casi 350 distritos no disponían de algún servicio del sector salud (19.4% del total de distritos del país), en 1996 se reduce drásticamente a menos de 25 distritos (1.3% del total de distritos).

De manera similar, en el MINSA el número de distritos sin servicio de salud se redujo de 20% en 1992 a 1.7% en 1999. Por lo tanto, se puede afirmar que se ha cumplido con la principal prioridad del sector salud en la década pasada, en particular durante el primer quinquenio. Se ha aumentado el número de establecimientos de salud, casi el 87% en el periodo 1992-1996, pero también se ha aumentado el número de distritos que cuentan con al menos un servicio de salud:

de casi 20% en 1992 se redujo a 1.3% el número de distritos sin servicio de salud.

Tal como se sostuvo en la sección **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** la representación tabular o gráfica de los datos ayuda a comprender el indicador y sus valores. En este sentido, es muy valioso saber que aumentó la cobertura distrital de los servicios de salud en la década noventa, sin embargo, es preciso recurrir a aplicaciones de mapas para observar donde están ubicados aquellos distritos con nuevos servicios de salud o aquellos que aún no cuentan con ninguno.

Se puede observar que en 1992, si bien habían casi 350 distritos (19.4% del total) sin ningún servicio, éstos no estaban concentrados en una zona en particular, salvo quizás el departamento de Loreto. Además, se puede apreciar que en el periodo 1992-1996 aumentó el número de distritos con algún servicio de salud -dejando menos de 25 sin ninguno- llegando a cubrir gran parte de los espacios libres informados por el censo sanitario de 1992. Estos nuevos distritos

con algún servicio de salud tampoco estaban concentrados en determinados departamentos, lo que resultó que al final de 1996, eran no sólo muy pocos distritos los que no contaban con servicio de salud, sino que además, estaban uniformemente distribuidos a lo largo del país. Quizás hay una mayor frecuencia de distitos en la sierra central, en comparación con prácticamente ningún distrito de la costa que no cuenta con servicio alguno.

- Cobertura de los recursos humanos en salud

En primer lugar, en la sección anterior, se constató que el sector salud aumentó el número y distribución de establecimientos de salud a lo largo del país. Ello se ve reflejado también en la disponibilidad de recursos humanos. Efectivamente, en 1992 habían alrededor de 80,000 recursos humanos, cifra que aumenta a más del doble en 1996 (180,000).Probablemente esta tendencia creciente haya continuado en 1999, sin embargo no lo podemos

comprobar porque no se dispone de tal información.

Y se puede sospechar esta tendencia porque el MINSA continuó aumentando el número de su personal de salud en 1999. MINSA tenía más de 45,000 recursos humanos, lo cual representaba el 57% del total del sector salud, en 1996 se incrementó a más de 115,000 (63.5%) y a casi 130,000 en 1999. Por lo tanto, simultáneamente a la extensión de la cobertura de los establecimientos de salud hubo un incremento del número de recursos humanos. Al revisar la distribución espacial de este personal de salud se observa similar patrón al de los establecimientos de salud, como es de esperar porque con el modelo de atención vigente, la extensión de los recursos humanos se produce a partir de la extensión de los servicios de salud.

A primera lectura se puede inferir que existe este volumen de recursos humanos que acabamos de presentar. Es decir que en 1992 hayan más 80,000 personas y en 1996 hayan más de 180,000 puede

parecer muy significativo. Sin embargo, no estas cifras no son reales por tres motivos.

El primero, y como lo adelantamos, existe una gran diferencia entre el censo sanitario 1992 y los de 1996 y 1999. Mientras que los dos últimos informan el número de agentes comunitarios, el primero no lo hace. Pero para efectos de medir la disponibilidad de recursos humanos, debemos referirnos a los calificados e institucionales. Por tanto, separando el número de agentes comunitarios (promotores y parteras) una mejor aproximación del volumen de recursos humanos del sector salud es la que se presenta en la**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**. En efecto, podemos observar que el número de recursos humanos incluidos los agentes comunitarios que era de 180,000, se redujo a aproximadamente 140,000, es decir más de un 20%.

El segundo motivo por el cual la cifra reportada de recursos humanos no es real es porque en 1996 y 1999, se incurre en un error sistemático que se ha corregido para el nuevo censo sanitario del presente

año. Se trata que mientras que recoge la información de todo el personal que brinda atención asistencial según la profesión que tienen, en el caso del personal administrativo lo hacen por la función que cumplen. Muchos de los profesionales que cumplen una doble función, asistencial y administrativa, por lo tanto ya fueron identificados por la investigación de la profesión asistencial que tienen, vuelven a ser incluidos como personal administrativo. En otras palabras, existe un número de recursos humanos que han sido contados dos veces, una, durante la medición del personal asistencial y, otra, durante la medición del personal asistencial.

Se podría decir que eliminando el número de recursos administrativos tendríamos una mejor aproximación al número real de recursos humanos en salud. Se muestra el número sin incluir agentes comunitarios ni personal administrativo, observándose que la cifra mostrada en figura anterior de 140,000 se reduce a 120,000. Sin embargo, esta estimación sería real si todos los recursos administrativos tienen también una actividad asistencial, lo cual

no es cierto. Existe un número de personas que únicamente son recursos administrativos y por desconocerse su magnitud no es posible calcular con precisión el número real de recursos humanos en salud. Sólo podríamos afirmar que es una cifra entre 120 y 140 mil.

El tercer motivo que no permite afirmar la cifra real de recursos humanos en salud es la debilidad que tiene el censo sanitario, tal como está diseñado de capturar el número de personas, sino más bien de puestos laborales. Existen muchos profesionales, especialmente los médicos especialistas, pero también enfermeras y odontólogos, que trabajan simultáneamente en varias instituciones del sector salud. Por ejemplo, un pediatra puede trabajar en la mañana en un hospital público, en la tarde en una clínica de EsSalud (contrato por un “service”) o privada y en la noche en su consultorio particular; este profesional puede ser recogido por el censo sanitario las tres veces. En otras palabras, los censos

sanitarios de la década pasada no podían investigar el volumen de pluriempleo.

A pesar de los avances alcanzados en las tecnologías de información aún no es posible solucionar totalmente este problema de la captura de la información proveniente del pluriempleo. Sin embargo, se ha introducido en la ficha del próximo censo sanitario una sección especial que permitirá aproximarnos al conocimiento del pluriempleo en el caso de médicos, enfermeras y obstetrices.

Características de los recursos humanos en salud

Tomando en consideración las recientes restricciones formuladas, el subsiguiente análisis que se presentará será sobre la base de información descontando los agentes comunitarios. Vale decir, se presentará resultados considerando que son puestos laborales en salud, y no recursos humanos, y que se incluye un nivel de sobreestimación porque se ha realizado doble contabilidad con aquellos que realizan labor asistencial y administrativa al mismo tiempo. A pesar de estos errores sistemáticos, las cifras

sirven para establecer tendencias y comparaciones intertemporales y entre grupos.

Tipo de Institución

La primera característica de los recursos humanos que nos permite evaluar los censos sanitarios es el tipo de institución a donde pertenecen. En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se nota que, prácticamente, en todas las instituciones del sector se ha producido el aumento de recursos humanos durante la década pasada, excepto en el grupo resto público, que agrupa beneficencia y otras instituciones públicas. El mayor aumento se produjo en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (156%) seguido del subsector privado (139%). En EsSalud y el MINSA los aumentos han sido medianos, 30% y 68% respectivamente. En el MINSA el aumento continuó los últimos años, registrándose un aumento de 91% el volumen de recursos humanos en comparación con 1992.

A la luz de estas cifras, se puede decir que en la última década del siglo pasado,

el sector salud ha aumentado su capacidad operativa sin descuidar los diferentes grupos poblacionales a los cuales va dirigido cada institución. Evidentemente, siempre se establecen, o se amplían las ya existentes, brechas entre los distintos grupos. Encontrar que la Sanidad y el sector privado registren más de 135% de aumento, apunta en el sentido que hay grupos que recibirían, vía la oferta, mayores asignaciones de recursos que otros, como por ejemplo aquellos que buscan atención en el MINSA (supuestamente casi el 80% de la población, siendo la mayoría de ellos de escasos recursos económicos) el cual aumentó sus recursos humanos en 65%.

Tipo de Establecimiento

En cuanto a la distribución por tipo de establecimiento, se puede observar que el mayor volumen de recursos se encuentra agrupado en los hospitales. Ello ocurre a pesar que el número de hospitales es bastante menor al número de centros y puestos de salud. Y ello se debe a que un hospital tiene en promedio más de 10 veces el número de puestos laborales que

un centro de salud y casi 65 veces el número que en los puestos de salud ().

Cuadro 1 Número de servicios y relación puestos laborales/servicio según tipo de establecimiento de salud

Tipo de Servicio	1992		1996	
	Nº de servicios	Puestos laborales/servicio	Nº de servicios	Puestos laborales/servicio
Hospital	446	141.7	472	193.3
Centro Salud	1051	14.0	1840	19.1
Puesto Salud	2414	2.2	4828	3.0

Además, se puede apreciar que ha habido un incremento en el número de recursos humanos en los tres tipos de establecimientos de salud, hospitales, centros y puestos de salud. Sin embargo, el incremento ha sido más marcado en los puestos y centros que en los hospitales. Efectivamente, el volumen de puestos laborales en hospitales apenas aumentó 44% en comparación con el 140% en los centros y el 180% en los puestos de salud.

La misma tendencia se encuentra en el MINSA: el mayor número de recursos humanos se encuentra en hospitales; ha

habido un incremento en el periodo 1992-1999; el incremento ha sido mayor en los servicios de 1º nivel de atención. A pesar de la misma tendencia entre sector salud y MINSA, en este último se ha producido mayor aumento de recursos humanos en los puestos de salud: en 1996 se encontró un aumento del 200% y en 1999 de 314%. Estos hallazgos reflejan el gran esfuerzo que ha realizado el MINSA por extender la cobertura de los servicios del primer nivel de atención, particularmente con la participación del Programa de Salud Básica para Todos.

Precisamente, se puede afirmarque el MINSA es la institución prácticamente hegemónica en el primer nivel de atención, más a nivel de los puestos de salud. A nivel de centros de salud, el MINSA reúne más del 70% del total de recursos humanos del sector, mientras que a nivel de puestos es más del 90%.

Además, se pueden observar en ambas figuras que esta tendencia ha aumentado a lo largo de la década y siempre la mayor magnitud a estado en los puestos de salud, como ya se había comentado con

la. Algo también importante de destacar es el importante esfuerzo realizado en las otras instituciones en el nivel de centros de salud, en particular la sanidad (aumentó más de 200% el volumen de sus puestos laborales) y sobre todo el sector privado (aumentó más de 700% el volumen de sus puestos laborales).

En cuanto a los hospitales, y debido al modelo de prestación de servicios que impera en el país (predominio de la atención curativa sobre la preventivo promocional), existe un volumen compartido entre todas las instituciones, aunque siempre predomina el MINSA. el MINSA tiene más del doble de puestos laborales que EsSalud, tendencia que se ha mantenido, aparentemente, durante toda la década. Además, se observa que el incremento del número de recursos humanos ha sido más uniforme entre todas las instituciones y no preferentemente en el MINSA como se observó en los servicios del primer nivel de atención.

CAPITULO IV

Condición Laboral

La segunda característica de los recursos humanos a comentar es la condición laboral. Se puede a preciar que la condición que predomina es la nombrados por sobre la de contratados, sea por empresa o por servicios no personales. Además, se observa que en todos los casos ha habido un aumento en el número de recursos humanos, particularmente en el grupo de contratados por servicios no personales. Mientras que los nombrados aumentaron un 27% en el periodo 1992-1996 y los contratados por empresa un 68%, los contratados por servicios no personales aumentó en más de 400%. Fue tal el aumento en este último grupo que la prepoderancia que había en 1992 en el grupo de contratados por empresa se invirtiera en 1996 en favor de los servicios no personales.

ha aumentado el número de recursos humanos en el sector salud, lo que habría determinado una mayor atención de los problemas de salud de la población, ello ha ocurrido principalmente a costa de incorporar personal que no goza de condiciones mínimas de bienestar laboral ni social. Evidentemente esto no es producto de una política específica, sino que es el resultado secundario a otras políticas sectoriales. La más importante está relacionada con la reducción de la carga fija de las instituciones públicas como paso previo a la reestrcuturación sectorial; sin embargo, no se implementaron políticas que enfrentaran los problemas concomitantes de reducción de coberturas de atención, por lo que empezó a crecer desmesuradamente una salida presupuestal -contratos por servicios no personales- que no tenía tales objetivos.

En efecto el MINSA el aumento de nombrados ha sido muy reducido en comparación con el aumento de contratos no personales. Mientras que los nombrados han aumentado alrededor de

20% en el periodo 1992-1999, los contratos no personales han aumentado 430%. Incluso los nombramientos en el MINSA no han sido producto de la incorporación de nuevo personal vía concursos públicos como ocurría hasta finales de la década de los ochenta, sino ha sido fundamentalmente producto de la recategorización de profesionales que venían trabajado muchos años como contratados.

Cuando se analiza el personal nombrado por tipo de institución del sector salud (, se puede observar que, o han aumentado muy discretamente o han disminuido. Recientemente se comentó que en el MINSA el aumento ha sido muy reducido, lo mismo que ocurre con el sector privado. En cambio, EsSalud y el resto público han visto reducir su plana de personal nombrado. Quizás el único que alcanzó a mostrar un aumento significativo es la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Una situación diferente es la que se aprecia con los contratados. En primer lugar, con los contratados por empresa (el aumento se ha evidenciado principalmente en EsSalud y el sector privado (210% y 45% respectivamente). Ello refleja el régimen laboral que ha imperado en estas instituciones durante gran parte de la pasada década, en particular en EsSalud. En esta última, concomitantemente a la reducción de su personal nombrado se optó por la política de contratar recursos humanos a través de empresas, fundamentalmente. Al principio, el tipo de personal que más se contrató por esta modalidad era de servicios generales, pero progresivamente se extendió también a la contratación de profesionales asistenciales, particularmente médicos.

El MINSA le siguió la tendencia a EsSalud con algunos años de retraso, por ello se puede ver el aumento en la contratación por empresa se produce no en 1996 sino en 1999. Además, en el MINSA la contratación por empresa esta principalmente reservado para personal

de servicios generales. En Sanidades y en el resto público, esta modalidad no ha sido empleada en este periodo, tal como se aprecia en la figura.

Una situación algo distinta a las dos anteriores, se observa con los contratados por servicios no personales . En prácticamente todas las instituciones ha habido un incremento real del número de recursos humanos en esta modalidad, pero sobre todo en el sector privado (rápidamente entre 1992 y 1996), en el MINSA (aumento sostenido entre 1992 y 1999) y en el resto público. La única institución que no presentó aumento fue la Sanidad, la cual incluso presentó una reducción tal como fue con los contratados por empresa.

En resumen, el gran incremento de recursos humanos observado en todas las instituciones se debe al gran número de contratados que se han incorporado en este periodo. Para EsSalud fue predominante la modalidad de contrato por empresa, en tanto que para sector privado, resto público y MINSA fue el contrato por servicios no personales. La

Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales fue la única institución en que el aumento de recursos humanos fue a costas del incremento de personal nombrado.

Tipo de Personal

El incremento de los puestos laborales se ha producido en el grupo de profesionales de la salud. No obstante, el mayor aumento ocurrió entre los profesionales no médicos. Mientras que el número de médicos, entre generales y especialistas, ha crecido un 45%, el número de los otros profesionales ha crecido 250% en el periodo 1992-1996. En cambio, el número de no profesionales ha permanecido constante en este periodo. Esto último no nos permite afirmar que no habido ningún cambio en este grupo de recursos humanos. Probablemente lo que ha sucedido es que el número de los que han dejado de trabajar en el sector es similar al número de los que han ingresado a trabajar en él.

La misma tendencia general del sector salud se aprecia en el MINSA. En efecto,

se puede apreciar cómo son los médicos y otros profesionales los que han incrementado su número a lo largo de la década, mientras que el número de no profesionales han permanecido básicamente invariable. No obstante estas mismas tendencias que el sector salud, en el MINSA se notan dos diferencias de magnitudes: el aumento del número de médicos fue menor y en el caso de los otros profesionales fue mayor. Observando el periodo 1996-1999, que no se puede analizar para todo el sector, se nota que el incremento marginal en el número de médicos continúa, llegando a ser 40% del volumen de 1992, así como en los otros profesionales, llegando a 340% del volumen de 1992.

Estos hallazgos describen la política que se han desarrollado en este periodo. Ha habido un incremento de los puestos laborales en el primer nivel de atención (centros y puestos de salud), en base fundamentalmente al contrato de profesionales no médicos. Ello debido a la decisión de realizar contratos de alto costo/efectividad, es decir, con los pocos

recursos disponibles se podía contratar recursos humanos menos costosos y que cumplan eficazmente las funciones de un primer nivel de atención. Haber optado por contratar médicos en lugar de los otros profesionales, hubiera significado tener menos personal con obvias reducciones en la producción de servicios.

Tipo de Profesional

En el sector salud, todos los profesionales relacionados con las prioridades sanitarias, se han incrementado en el periodo 1992-1996). Los de mayor aumento han sido las obstetrices (89%) y los psicólogos (86%), seguido de los odontólogos (66%), médicos especialistas (50%), enfermeras (37%) y médicos generales (33%).

Algo similar se observa en el MINSA). Hay mayor número de todos los principales profesionales, con una tendencia que se prolonga hasta 1999. Es mayor el crecimiento en el caso de las obstetrices (158%), psicólogos (83%) y odontólogos (75%). De manera similar al resto del sector salud, los que menos han crecido

en número son los médicos generales (39%).

Al analizar la información de personal específico por tipo de institución se puede obtener algunos comentarios adicionales. En primer lugar, el número de médicos generales, en la Figura 1, ha presentado un aumento muy discreto en la mayoría de las instituciones, excepto en las sanidades, donde fue de 133% y en el resto público donde, al contrario, se redujo a la mitad. Considerando que ha habido un gran aumento del número total de recursos humanos y éste no ha sido en el caso específico de los médicos generales, indica que es un recurso cuya cantidad suficiente se había alcanzado al final de la década del ochenta, quedando un aumento correspondiente al incremento del número de establecimientos y de la población objetivo. Sin embargo, otra razón ya fue esgrimida recientemente, que en función a las responsabilidades asignadas en el primer nivel de atención, es más costo efectivo incorporar otros profesionales menos costosos.

En contraste con los médicos generales, los especialistas presentaron una aumento que supera los crecimientos vegetativos de la población y de los servicios de salud. En efecto, se observa en la Figura 2 que ha habido un incremento importante en la mayoría de las instituciones del sector, en particular en el sector privado (126%) y las sanidades (59%). En el MINSA el aumento ha sido lento pero sostenido llegando hasta un aumento del 40%. En cambio en el resto público, no sólo ha habido un descenso del número de médicos generales sino también de especialistas.

En el caso de las enfermeras, se puede apreciar en la Figura 3 que el aumento ha sido de manera similar al de los médicos especialistas, importante pero no de gran volumen. Sin embargo, destaca la Sanidad que en el periodo 1992-1996 llega a un 77% de ascenso del número de enfermeras, y también el MINSA que lentamente llegó en 1999 a un 62% de aumento. Como era de esperar, hay una disminución en el caso del resto público.

La obstetricia ha sido la profesión que ha evidenciado, a lo largo de la década pasada, el más alto crecimiento en su número. Vale observar la Figura 4, en donde se aprecia que casi todas las instituciones han presentado este patrón, excepto por supuesto el resto público que, sin embargo, ha presentado una menor disminución en comparación con las demás profesiones. Es apreciable el gran aumento ocurrido en el MINSA, que rápidamente aumento un 118% en 1996 y continuó con una menor velocidad en el periodo 1996-1999, llegando a 158%. También es importante el esfuerzo de las sanidades (aumento de 227%) y del sector privado (aumento de 86%).

Este hallazgo refleja, en gran parte, la prioridad sectorial que ha tenido el grupo materno en la última década, en vista de los graves indicadores de la salud de la gestante, por ejemplo una tasa de mortalidad materna de 265 por mil nacido vivos (ENDES 1996) una de las más altas de latinoamérica. Por lo tanto, una estrategia sectorial fue extender el parto institucional para lo cual se requería de

personal calificado, y al ser muy costoso el recurso médico se optó por las obstetrices.

Ya se había anotado en la subsección anterior que mientras que el mayor aumento registrado en el número de recursos humanos fue producto de los profesionales médicos y otros profesionales, el numero de no profesionales se había mantenido básicamente invariable. Sin embargo, este número invariable fue producto de la combinación de dos fenómenos, por un lado la disminución del número de auxiliares y el aumento concomitante del número de técnicos (ver Figura 6).

Los auxiliares disminuyeron uniformemente en todas las instituciones del sector, pero con mayor intensidad en el resto público (reducción al 13% de 1992) y en EsSalud (reducción al 58%). En el MINSA se puede apreciar, por la información disponible, que la tendencia decreciente continuó hasta finales de la década.

Como se adelantó recientemente, el número de técnicos se ha incrementado, prácticamente en la misma magnitud que la reducción de los auxiliares, para que el grupo general de no profesionales tenga una cifra casi constante. Esta compensación numérica, en algunos casos, se debió a que efectivamente auxiliares pasaron a ser técnicos producto de políticas de capacitación y recertificación del personal auxiliar.

Equidad en distribución de recursos humanos en salud

Ya se revisó en el anterior capítulo que existe una amplia cobertura de los recursos humanos en salud, a lo largo de todo el país, y que esta cobertura se ha ampliado aún más durante la última década. En función a estos resultados, consideramos que es un importante logro.

No obstante estos avances, aún queda pendiente el tema de la equidad. La salud es un derecho universal al cual todos deben acceder sin distingo de ninguna clase. La oferta de servicios de salud, es el mecanismo institucional de mayor costo

efectividad que tiene una sociedad para garantizar un buen estado de salud, por tanto, debe estar al mismo alcance de todos sus integrantes.

En se observa la distribución de los recursos humanos del sector salud según el nivel de pobreza del distrito donde se ubica el establecimiento de salud. Como se podrá ver, existe una enorme disparidad entre el grupo de recursos humanos ubicados en distritos no pobres (según NBI) y el grupo ubicado en distritos pobres. Sin embargo, esta iniquidad se está reduciendo lentamente con los esfuerzos de la última década, particularmente en el MINSA. Así la relación entre el número de recursos entre distritos no pobres y pobres, que en 1992 era de 19 veces se redujo a 11 veces en 1996. Recuérdese que en 1999 sólo se refiere a MINSA; la relación ese año, sólo MINSA, era 5 veces.

Esta enorme desigualdad empeora la situación de salud de los pobres. Ya de por sí la condición de pobreza define un menor estado de salud en comparación

con los no pobres, debido fundamentalmente a la mayor propensión a enfermar por los menores niveles nutricionales y alta prevalencia de prácticas poco saludables. Si a este riesgo se agrega que le es más difícil al pobre acceder a los servicios de salud, aún los públicos, entonces se puede comprender porqué la situación de salud de los pobres es más vulnerable.

I. 1. 1. Tipo de Establecimiento

Esta iniquidad, como se puede presumir, no es uniforme según las características de la variable recursos humanos. Así tenemos, que es mucho mayor la iniquidad a nivel de los hospitales. La relación entre recursos ubicados en distritos no pobres y pobres es de 154 veces en 1992, lo cual se redujo a 125 veces en 1996. En 1999, sólo para MINSA esta relación fue de 58 veces.

Si ya aceptamos que los pobres tienen mayor disposición fisiológica de enfermar, sólo aceptando que el riesgo de presentar complicaciones es similar entre pobres y no pobres, entonces es de esperar que

haya mayor necesidad de atención hospitalaria entre los pobres. Sin embargo, nuestro sistema, aún cuando se está revertiendo lentamente, asegura mayor accesibilidad a los no pobres. En otras palabras, los pobres tienen menor acceso a la red hospitalaria del país que los no pobres. Esta situación agrava aún más la alicaida situación de salud de la población pobre del país.

En los centros de salud la iniquidad también está presente aunque en menores proporciones que en los hospitales). Efectivamente, en 1992 la relación entre distritos no pobres y pobres fue de 8 veces, bastante menor que las 154 veces de los hospitales. Esta situación ha mejorado un tanto en 1996, reduciéndose a 7 veces. En 1999 y sólo para el MINSA la relación fue de 4 veces.

En general la equidad mejora en los servicios de primer nivel de atención, particularmente en los puestos de salud. En 1992, los puestos de salud de los distritos pobres tenían 60% menos recursos humanos que los ubicados en los distritos no pobres. En 1996 la relación

mejora, teniendo los puestos de distritos pobres, 20% menos recursos humanos que los de distritos no pobres. En 1999 y sólo para el MINSA la relación se reduce a 10%, siempre mayor en los puestos de salud de distritos no pobres..

A partir de la década del ochenta, se impuso en el mundo la implementación de una estrategia de atención primaria que privilegiaba la prestación de servicios del primer nivel de atención. En países en vías de desarrollo, como el Perú, significaba romper con una tradición de atención fundamentalmente hospitalaria. Aplicar este nuevo modelo sanitario significaba realizar grandes inversiones en recursos de distinto tipo, entre ellos los recursos humanos. Recién en la década pasada, el Perú consolidó la estrategia, destinando una buena parte de los recursos, especialmente públicos, para mejorar la provisión de servicios básicos y las acciones preventivo promocionales en los establecimientos del primer nivel. Sin embargo, aún no es suficiente. En particular con los recursos públicos, debe lograrse una situación inversa a la actual,

es decir mayores recursos en los distritos pobres. Debe concretarse una discriminación positiva en favor de la población con escasos recursos.

I. 1. 2. Tipo de Personal

Al evaluar la distribución de médicos, generales y especialistas, según distritos pobres y no pobres, se puede observar que existe una gran diferencial en favor de la población no pobre). Se puede observar en la figura, que en los tres censos existe una marcada predominancia de médicos en los establecimientos de salud ubicados en los distritos no pobres. Sin embargo, esta disparidad se está reduciendo paulatinamente. En 1992 la relación es de 56 veces en favor de los distritos no pobres, reduciéndose a 27 veces en 1996. En 1999, solo se dispone datos del MINSA, mostrándose una reducción a 10 veces, probablemente por el esfuerzo institucional de focalizar recursos en las zonas más pobres.

Conservando básicamente la misma tendencia que los médicos –mayor concentración en distritos no pobres-, los

demás profesionales tienen un patrón menos discriminatorio que ellos. Así se observa en la ue en 1992 la relación es de 28 veces, siempre en detrimento de las zonas pobres, minetras que en 1996 se reduce a 16 veces. En 1999, el MINSA mostró una relación aún más reducida, 6 veces.

Se encontró que, mientras que la distribución de médicos era la menos equitativa, la distribución de los no profesionales era la más equitativa entre los tres grupos, sin dejar de ser discriminatoria En 1992, existían 14 veces más recursos humanos en establecimientos de salud ubicados en distritos no pobres que en pobres. Para 1996, esta relación se reduce a 6 veces y para 1999, la relación para establecimientos del MINSA se reduce a 4 veces.

Este es el único caso en que la reducción se debe básicamente al aumento de los auxiliares y técnicos en las zonas pobres. En los casos anteriores, la reducción se debía tanto al mayor aumento de recursos

en las zonas pobres que en las no pobres. En elc aso de los no profesionales no ha existido un aumento de los recursos humanos en los distritos no pobres, sino todo lo contrario.

Tipo de institución

Al igual que en el resto del sector salud, en el MINSA los recursos humanos de los establecimientos de salud ubicados en distritos no pobres son mucho mayores que en los distritos pobres). Se nota además, que hay una tendencia a estrecharse estos dos grupos: en 1992 existían 11 veces más recursos en los distritos no pobres que pobres, en 1996 6 veces y en 1999 5 veces. Esta reducción de la iniquidad se debe a que ha habido una mayor aumento del número de recursos humanos en las zonas pobres que en las no pobres.

En EsSalud también existe iniquidad en la distribución de recursos humanos entre las zonas pobres y no pobres. Sin embargo, es más pronunciada que en el MINSA. En 1992, existían 170 veces más recursos humanos en establecimientos de

distritos no pobres que pobres. En 1996, a pesar de que aumentado el número de recursos tanto en las zonas pobres como en las no pobres, la relación entre ellas se ha reducido (65 veces más en zonas no pobres).

A diferencia de lo observado en MINSA y EsSalud, en el sector privado la brecha entre distritos pobres y no pobres se ha incrementado). En 1992, se observaron 139 veces más recursos humanos en los distritos no pobres y en 1996 se aumentó a 153 veces. Ello se debe a que, si bien aumentó el número aumentó en ambos tipos de distrito, lo hizo en mayor medida en los distritos no pobres.

Productividad de los recursos humanos en salud

La producción de los recursos humanos, medido por la cantidad de atenciones y atendidos, se ha incrementado durante la década pasada. Se puede observar en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** que se ha producido un incremento apreciable en ambos indicadores, particularmente en la

cantidad de atenciones. En efecto, ha aumentado 104% el volumen de atenciones y 99% el de atendidos.

El aumento de la producción de los servicios, puede deberse a tres fenómenos: por aumento de personas atendidas (extensión de uso), manteniéndose constante la cantidad de atenciones anuales por persona (intensidad); por aumento de atenciones anuales por persona, manteniéndose constante el número de personas atendidas; o por aumento de ambas. La evolución de estos dos indicadores, extensión e intensidad de uso en el periodo 1992-1996. Se puede observar que, si bien han aumentado tanto la extensión como la intensidad de uso, el aumento de la producción se ha producido principalmente por el aumento de la cantidad de las personas atendidas (68% más en 1996 que en 1992). Ello habla en favor de la política de extensión de cobertura fijada por el sector para la pasada década.

Un aspecto relevante es que la intensidad de uso registrada es casi la mitad de las 4

atenciones anuales que algunos estándares internacionales recomiendan. De allí que, si bien se ha avanzado, aún queda mucho por lograr.

De otro lado, este aumento de la producción no sólo se debe al aumento del número de recursos humanos. Si así fuera el caso, la producción en 1996 sería una proyección lineal de la alcanzada en 1992. Sin embargo, se ha producido más de un 35% de aumento de atenciones o atendidos. Ello se explica porque, además de haber un aumento en la producción de los servicios, ha habido también un aumento de la productividad de cada uno de los recursos humanos del sector salud. En efecto, la relación entre disponibilidad de recursos humanos y la producción. En 1992, se observa que en promedio se han producido 195 atenciones y 99 atendidos por recurso humano. En cambio en 1996, se registra que ha habido 270 atenciones y 133 atendidos por recurso humano.

Relación entre disponibilidad de recursos humanos y producción de servicios en el sector salud

RELACIÓN PRODUCCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS	**1992**	**1996**
Recursos humanos (sin agentes comunitarios ni personal administrativo)	83,261	122,882
atenciones	16,252,280	33,215,053
atenciones/rrhh	**195**	**270**
atendidos	8,202,459	16,315,602
atendidos/rrhh	**99**	**133**

En el MINSA, también se ha producido un aumento en la producción global y en la productividad promedio de cada recurso humano. se observa que ha habido un incremento simultáneo de la cantidad de atenciones y de atendidos. En el periodo 1992-1996 el incremento en la producción ha sido similar al del resto del sector (aproximadamente el 100% de aumento). En el periodo 1996-1999 ha continuado el incremento hasta llegar a casi 300% el aumento de las atenciones y casi 200% el aumento de los atendidos. Al no tener datos del resto del sector salud para 1999, no se puede concluir si este incremento en el MINSA ha sido mayor o similar al promedio que el resto de las instituciones.

De manera similar a lo analizado para todo el sector, si bien el aumento de la producción en el MINSA se ha producido por incremento tanto de la intensidad como de la extensión de uso, es más relevante este último . No obstante el mismo patrón de todo el sector, en el MINSA el aumento registrado ha sido mayor. La intensidad en el MINSA ha aumentado en 1996 en 12% en tanto que el sector registraba un 4%, pero en el periodo 1996-1999, el aumento en el MINSA continuó hasta alcanzar 33% de lo registrado en 1992. En cuanto a la extensión, en 1996 había un nivel similar entre MINSA y el resto del sector, con una tendencia lineal en el MINSA porque en 1999 se elevó hasta 126% de lo alcanzado en 1992.

Es de resaltar que la intensidad registrada en el MINSA tuvo una progresión de mayor intensidad que el resto del sector salud. En efecto, se observó que el sector salud, en 1992 presentó una intensidad de 1.98 y en 1996 2.04; en cambio en el MINSA fue de 1.7 y 2.0, respectivamente. En 1999 el MINSA alcanzó 2.4 que debe

ser mayor que el promedio para el sector salud. No obstante, se está lejos aún de las 4 atenciones anuales que algunos estándares internacionales recomiendan.

Al igual que lo registrado en el sector salud, en el MINSA también se observa que no sólo ha aumentado la cantidad de atenciones y atendidos producto del incremento del personal. También ha habido un aumento de la productividad. Se aprecia que 1n 1992 la cantidad promedio de atenciones por personal de salud del MINSA fue de 152 y de atendidos por personal de 86. En 1996 se observa que la relación atención/recurso humano asciende a 228 y la de atendido/recurso humano a 115; y en 1999 aumenta aún más, a 386 y 164 respectivamente. Esto significa que la productividad promedio del personal MINSA ha aumentado en el periodo 1992-1999 más del 100%.

Cuadro Relación entre disponibilidad de recursos humanos y producción de servicios en el MINSA

RELACIÓN PRODUCCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS	**1992**	**1992**	**1996**

Recursos humanos (sin agentes comunitarios ni personal administrativo)	47,515	68,638	73,401
atenciones	7,204,001	15,624,127	28,365,024
atenciones/rrhh	**152**	**228**	**386**
atendidos	4,069,745	7,872,748	12,069,736
atendidos/rrhh	**86**	**115**	**164**

Al revisar dónde –en qué tipo de establecimiento- se ha producido este aumento de la extensión de uso en el MINSA, se encuentra con lo siguiente (): el incremento se ha producido en los tres tipos de servicios; y el aumento ha sido mucho mayor en el primer nivel de atención que en los hospitales. Mientras que en 1999, los hospitales registraron un 133% más atendidos que en 1992, los centros y puestos de salud presentaron 233% más que en 1992. Analizando específicamente el primer nivel de atención se puede observar dos fenómenos, en el periodo 1992-1996 los centros de salud obtuvieron mayor crecimiento que los puestos de salud (141% y 48%, respectivamente), en tanto

que en el periodo 1996-1999 sucedió lo contrario, 38% de aumento respecto de 1996 en centros y 126% en puestos.

En cuanto a la evolución de las atenciones del MINSA durante el periodo de 1992-1999, se puede apreciar en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** que el patrón es bastante similar al de atendidos: aumento en los tres tipos de establecimientos y mayor incremento en el primer nivel de atención. Sin embargo, las magnitudes son diferentes.

El volumen de atenciones ha sido mayor que el de atendidos, de allí que la intensidad de uso sea también mayor (). Los hospitales presentaron en 1999 un aumento de 61% en atenciones en comparación con el 23% de atendidos; en centros, 316% de atenciones y 233% de atendidos; y en puestos, 497% de atenciones y 235% de atendidos. Llama la atención el gran crecimiento obtenido por el primer nivel de atención, particularmente en puestos de salud.

Relacionando el aumento de atenciones con atendidos, obtenemos la evolución de la intensidad de uso. En el Cuadro se presenta los valores de la intensidad en 1992, 1996 y 1999 para cada uno de los tres tipos de establecimientos. Se puede observar que ha habido un incremento en los tres tipos, pero ha sido mucho en los servicios del primer nivel de complejidad y sobre todo en los puestos de salud, que casi duplica en 1999 lo alcanzado en 1992.

Cuadro Intensidad de uso según tipo de establecimiento de salud del MINSA

Tipo de Establecimiento	**1992**	**1996**	**1999**
Hospital	2.0	2.2	2.3
Centro	1.8	1.9	2.2
Puesto	1.4	1.9	2.5

Equidad en la producción de servicios de salud

Tener un aumento en la producción de los servicios, tanto de la extensión como de la intensidad, es un logro importante del sector salud durante la década pasada. Sin embargo, también es importante conocer en qué población se ha producido tal diferencial de producción. Si el

incremento de la producción se ha producido preferentemente en la población no pobre, entonces pierde valor tal logro, pues no sólo debe incrementarse el acceso a los servicios de salud –directamente relacionada con la nivel de salud de las personas-, sino que también debe reducirse las enormes brechas existentes entre población pobre y no pobre.

En la se presenta la evolución del número de atendidos en el MINSA durante el periodo 1992-1999, tanto en la población pobre como no pobre. Sin embargo, en todos estos años, la cantidad de población no pobre atendida es mucho mayor que la pobre (más de 3.5 veces).

Además se puede apreciar que ambos grupos poblacionales han presentado aumento en el número de atendidos. Este hallazgo no va en contra de lo preferido, porque ambos grupos (incluyendo no pobre) presentaban un déficit en la producción de servicios, por lo tanto es de esperar que ambos presenten crecimiento. Lo deseable, también es que el crecimiento del número de atendidos sea

mucho mayor entre los pobres que en los no pobres, porque los recursos públicos que administra el MINSA debe ir destinado preferentemente a las familias de escasos recursos.

Se puede observar en laque ha habido un discreto mayor incremento en el número de atendidos entre los pobres que en los otros. Mientras que los pobres han presentado, en 1999, 223% de incremento respecto de 1992, los no pobres obtuvieron 215%. Entonces, a la luz de estos resultados y en congruencia con lo revisado en la distribución de los recursos humanos por niveles de pobreza de los distritos donde se ubican sus establecimientos de salud, aún queda pendiente combatir efectivamente las enormes brechas existentes en perjuicio de la población pobre.

Similar patrón se observa con las atenciones: mayor número de atenciones en la población no pobre que en la pobre; incremento en ambos grupos poblacionales; y ligero mayor incremento en la población pobre (351% en comparación con 308% de la no pobre).

Relacionando atenciones con atendidos podemos analizar la intensidad de uso de los servicios, diferenciando pobre y no pobres. se puede apreciar que ha habido un ligero aumento de la intensidad en ambos grupos en el periodo 1992-1999, con algunas diferencias. Mientras que la población no pobre presentó un incremento sostenido, en la población pobre se observó que no hubo variación entre 1992 y 1996, con un importante aumento en el periodo 1996-1999, de tal magnitud que incluso superó el valor promedio de la población no pobre.

En ambos casos, población pobre y no pobre, presentan una intensidad de menos de 3 atenciones anuales, siendo que algunos estándares internacionales recomiendan una intensidad de 4. De allí que el crecimiento de la intensidad debe producirse también en la población no pobre.

En cuanto a la extensión del uso - población atendida sobre el total existente- se puede decir que presenta los mismos hallazgos que la intensidad. Ha

habido incremento tanto en la población pobre como no pobre, con mayor intensidad en el primero. Efectivamente, la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** muestra que la población pobre tiene mayor crecimiento, al punto que en 1999, logra alcanzar y rebasar la extensión de la población no pobre.

Un desafío permanente para la gestión sanitaria es la disponibilidad oportuna de la información debidamente organizada en indicadores claves. El sistema de información geográfica (SIG), de reciente desarrollo a partir de la extensión masiva de la informática de alto performance y bajo costo, se presenta como una herramienta de enormes potencialidades para el proceso de soporte técnico de la toma de decisiones.

El SIG tiene la particularidad de integrar espacialmente datos de diferente procedencia. Los datos geográficos básicos son todos aquellos que permiten definir nítidamente el espacio al que nos estamos refiriendo (por ejemplo, división política, ríos y lagos, vías de comunicación, curvas de nivel o altitud,

centros poblados, manzanas en áreas urbanas, etc.). Toda esta información está almacenada en una base de datos. A esta base se puede integrar datos de los temas de interés: morbilidad, mortalidad, producción, recursos humanos, etc. De este modo podemos georreferenciar nuestros temas de análisis para tener una mayor aproximación al problema y a sus alternativas de solución. En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se muestra la forma en la que se van superponiendo los temas de interés a los datos geográficos básicos.

Los resultados del análisis de los recursos humanos realizado con los censos sanitarios 1992, 1996 y actualizacion 1999, han sido preparados para ser integrados a la información cartográfica. Se puede analizar espacialmente, utilizando el SIG, todas variables presentadas en el capítulo anterior, es decir: tipo de institución, tipo de establecimiento, tipo de personal, principales profesiones, condición laboral, producción y distribución según nivel de pobreza. Toda esta información ha sido preparada para ser analizada, según tres

niveles geográficos: departamental, provincial y distrital.

A pesar de lo desarrollado, aún queda algunos procesos pendientes para que cumpla con el objetivo de dar soporte a los diferentes niveles del sistema. En primer lugar, la información está preparada para ser analizado utilizando software para computadoras personales. El software utilizado es el ArcView 3.1 y por sus altos costos (aproximadamente US$ 1,500 por licencia) no puede ser de amplia difusión a todos los niveles requeridos. La perspectiva institucional en el MINSA para solucionar este problema es la siguiente: la información sea almacenada de manera integral (datos estadísticos y geográficos) en bases de datos y administrados por potentes motores informáticos de forma que atiendan las consultas solicitadas por todos los usuarios que accedan a la red institucional; la generación de aplicativos informáticos para Internet que emulen todas las características de estos softwares unipersonales, de manera que todos los usuarios puedan realizar análisis

espacial utilizando los datos almacenados centralmente y los aplicativos de Internet.

El segundo tema pendiente es el acondicionamiento de la información estadística para llegar a espacios geográficos menores a los distritales, los centros poblados. Ello no sólo es un desafío para el tema de recursos humanos, sino para toda la información y susbsistemas de información existentes en el sector salud. En este sentido, la Oficina de Estadística e Informática del MINSA viene dirigiendo acciones para dar un nuevo impulso a las acciones del SIG, con la participación técnica y presupuestal de las direcciones y proyectos del MINSA que tienen un interés inmediato en este tipo de desarrollos. El primer aspecto crítico en el plan estratégico es la georreferenciación de los establecimientos de salud. Una vez completado, será posible enlazar la información de recursos humanos –y todos los demás- a los establecimientos y poder seguirlos espacialmente a lo largo de un periodo. Si el análisis de la información en el plano distrital descubre muchos aspectos

importantes para la gestión, el análisis individualizado en cada establecimiento será de mayor valor agregado para la gestión local.

A continuación vamos a presentar algunos pasos representativos del uso del SIG para analizar información sanitaria.

Para observar áreas urbanas y rurales se utiliza la escala a 1/100,000. A esta escala se aprecia ríos, vías de comunicación, centros poblados (como puntos) y curvas de nivel. El visualizador tiene dos áreas de trabajo: una ubicada a la izquierda donde se encuentran todos los temas de interés, los cuales ya se encuentran georreferenciados, es decir integrados al plano geográfico; la segunda área se ubica a la derecha y es la zona donde se presenta los mapas resultantes de la selección realizada en el área izquierda. Esta segunda área permite hacer aproximaciones o alejamientos, desplazamiento por todos los puntos cardinales, Además, el sistema permite hacer impresiones de lo que se presenta en la zona del mapa.

Los temas que en la parte izquierda se marcan con un check son graficados en la parte derecha. se muestra el departamento de Tacna, mostrando únicamente las provincias que la constituyen (obsérvese que el tema ha sido marcado con un check al final de la zona de los temas).

Ahora agregamos el tema de hidrografía (ríos, lagos y lagunas), marcando el tema respectivo en la parte izquierda de la figura. Para observar mejor los detalles haremos un acercamiento en el recuadro que aparece en la parte inferior del mapa)

Además del acercamiento, hemos marcado establecimientos, centros poblados, red vial, curvas de nivel y áreas urbanas, para que se incorporen a la figura (

Se puede apreciar (los datos almacenados en la base correspondiente de cada uno de los temas (centro poblado ubicado en la parte superior derecha de la tabla).

Además, el SIG tiene la capacidad de trabajar información de imágenes

satelitales. En la aparece esta imagen al marcar el tema correspondiente en la parte izquierda.

Los planos de áreas urbanas están a la escala de 1/5,000 (permite observar manzanas). En la se observa Villa El Salvador con sus establecimientos de salud (+).

Ahora agregamos la distribución de casos de TBC tratados en 1997 (La leyenda de la distribución se encuentra en la parte izquierda marcada con un check. Igualmente haremos un acercamiento en el recuadro ubicado al centro del mapa.

En la muestra el área demarcada anteriormente. Ahora se puede apreciar los detalles de la distribución de casos de TBC según la leyenda de la parte izquierda.

e puede pedir información de cada uno de los temas que aparecen en la figura. Por ejemplo se muestra en la tabla información del establecimiento de salud que fue marcado (está inmediatamente arriba de la tabla) extraído de la base del

Censo de Infraestructura 1996 que está asociado a la base de información cartográfica.

De este primer análisis del Core Data de los recursos humanos en salud, en base a los censos sanitarios de 1992, 1996 y 1999, se puede concluir lo siguiente:

- A lo largo de la década pasada, ha habido un incremento sustantivo de la presencia institucional del sector salud a nivel nacional, en particular del Ministerio de Salud. Este esfuerzo ha sido de mayor proporción en el primer quinquenio.
- Ha habido un aumento sostenido del número de establecimientos de salud, y por ende de recursos humanos. Aproximadamente el 20% de distritos a nivel nacional no contaban con recursos de salud en 1992. Ello contrasta con el menos de 2% de distritos que en 1996 y 199 contaban con tales recursos.
- El número total de recursos humanos se ha duplicado entre 1992 y 1996.

Este incremento se ha producido mayormente en: el MINSA, Sanidad de FFAA y FFPP y subsector privado más que en EsSalud y el resto de instituciones públicas; en Centros y Puestos de Salud más que en hospitales; en médicos (especialistas más que generales) y otros profesionales más que en técnicos y auxiliares.

- Se ha incrementado el número de atendidos y atenciones en este periodo, en particular en el MINSA. A diferencia del incremento de los recursos humanos, el incremento ha continuado en el periodo 1996-1999. Ello ha significado el incremento tanto de la intensidad (número de atenciones por atendidos) como de la extensión (atendido por población) del uso de los servicios de salud. La intensidad promedio de 2 consultas anuales por atendido, aún está lejos de las 4 recomendadas.
- Ha habido un avance en la focalización de las acciones del sector salud dirigidos a la población con escasos

recursos, en particular el MINSA. Ha habido incremento de los recursos humanos y de la producción (intensidad y extensión de usol) en los distritos pobres calificados por NBI. No obstante estos logros, aún son insuficientes para revertir una larga tradición de discriminación en perjuicio de los más pobres.

- Los censos sanitarios no recogen información sobre número de recursos humanos, sino más bien de puestos laborales –considerando que no es posible identificar una sola unidad de puesto laboral. Además, el censo no discrimina el pluriempleo (un profesional con diversos trabajos, por ejemplo un pediatra que trabaja en la mañana en un hospital público, en la tarde cumple horas en un servicio de EsSalud y en la noche atiende en consultorio privado) y tampoco qué número de profesionales cumplen actividades asistenciales y administrativas. Por lo tanto, no es posible definir con exactitud cuál es el número de recursos humanos

empleados en el sector salud. Algunos de estos problemas han sido subsanados en el módulo del nuevo y último Censo Sanitario a desarrollarse el presente año.

- Además, existe un margen de no comparabilidad entre los 3 censos sanitarios. Específicamente entre el censo de 1992 y los últimos de 1996 y 1999. En 1993, con motivo de los últimos Censos de Población y Vivienda, el INEI cambió los códigos de ubigeo, componente fundamental en la codificación de los establecimientos. Sin considerar el ubigeo, no existe un estándar para la codificación de los servicios en el MINSA y menos en el resto del sector salud. A partir de 1996 se investiga el número de promotores y recursos directivos, la mayoría de los cuales tiene una relación laboral distinta de nombrados o contratados.

Una permanente y oportuna disponibilidad de información sobre la situación de los recursos humanos, ayuda a dar soporte técnico a la toma de decisiones sobre las políticas e intervenciones respectivas. Si

bien esta información es valiosa para un control de mando central, la mayor potencialidad se obtiene cuando está al alcance de las unidades descentralizadas de gestión. En ese sentido, la estrategia de información debe considerar instrumentos y tecnologías que permitan tal nivel de accesibilidad.

El MINSA ha realizado una fuerte inversión en la construcción de una plataforma utilizando tecnologías de información de última generación, que la ubica a la vanguardia del sector público. Entre aquellas inversiones se encuentra la implementación de un sistema de información geográfica (SIG) que aportará un importante valor agregado a los sistemas de información, en particular para los niveles descentralizados.

Este sistema ha conseguido algunos desarrollos que permiten vislumbrar la enorme potencialidad en el análisis espacial de información, integrando y articulando datos de diversa procedencia. Esto se consigue porque datos de diverso tipo y origen, se integran debido al dato geográfico. Múltiple temas se van

incorporando o descartando (dependiendo de su pertinencia) del análisis. Los avances tecnológicos permiten que estas aplicaciones estén disponibles para los usuarios, incluso a través de Internet. El MINSA tiene previsto realizar este tipo de desarrollos para que sus unidades descentralizadas los puedan utilizar.

BIBLIOGRAFIA

—. 1993. *Labour Inspection Systems and Labour Inspectors: Training Policies.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1993. *Productivity in Labour Administration.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Development of Labour Administration in Africa.* Informe de un simposio tripartito de alto nivel celebrado en Swakopomund, Namibia, los días 16-18 de marzo de 1994. División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Employment Counselling Career Guidance and Occupational Information Provided through an Employment Service.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Employment Policy and Labour Market Policy.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Informatisation des services de l'emploi.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Inspection du travail et l'élaboration d'une politique relative au travail des enfants: L'enfant au travail, approche psychologique.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Inspection du travail et le travail précaire dans l'agriculture et les industries agro-alimentaires en Amérique latine.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Labour Inspection and the Adoption of a Policy on Child Labour: Training Guide.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.

—. 1994. *Labour Inspection and the Protection of the Environment.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1994. *Labour Inspection in the Petroleum Producing Industry.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1994. *L'inspection du travail dans le secteur des services non commerciaux: Pratiques et procédures dans divers pays développés et pays en dévelopement pratiquant une économie de marché.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1994. *L'inspection du travail dans l'industrie du raffinage du pétrole et dans les grandes industries pétrochimques.* División de Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1994. *Public Employment Services and Labour Market*

and Labour Market Information. División de Administración
del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1995. *Extension of the Labour Inspection Convention,
1947 (No. 81), to Activities in the Non-commercial
Services Sector.* Conferencia Internacional del
Trabajo. Informe VI. Ginebra: OIT.
—. 1995. *Guide pratique opérationnel à l'usage des services de
l'emploi d'Afrique francophone et lusophone.* División de
Administración del Trabajo. Ginebra: OIT.
—. 1995. *Relatoria final: 5o seminario subregional sobre a
inspeccao do trabalho e a seguranca e higiene no sector da
construcao civil para os paises africanos de lingua protugusa
e esponhola.* S. Tomè e Principe, de 2 a 6 de Maio
de 1994. División de Administración del Trabajo.
Ginebra: OIT.
Pearse, W, C Refshauge. 1987. Workers' health and

safety in Australia: an overview. *Intl. J. Health*
Services 17.4: 635–49.
Samuels, SW. 1980. Workers at high risk.